TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr AUGUSTE POLLOSSON

Chirurgien de la Charité de Lyon

PARIS

ASSELIN ET HOUZEAU

LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Place de l'École-de-Médecine

1892

TITRES SCIENTIFIQUES

Externe des hôpitaux.

Interne des hôpitaux.

Aide d'anatomie.

Préparateur de médecine opératoire.

Chef de clinique.

Chirurgien des hôpitaux (Charité).



I

PATHOLOGIE ET CLINIQUE

Luxation du pied par rotation en dedans.

(Publiée dans la *thèse de Thoviste*. — Lyon 1883).

Il s'agit d'un cas unique qui constitue à lui seul un nouveau genre de déplacement : Cette luxation, qui manquait dans le cadre de la pathologie, avait d'ailleurs été pour ainsi dire prévu par Hugbier. Cet auteur écrivait, en effet, en 1848 : « Si une luxation opposée à la luxation par rotation en dehors était un jour observée, on pourrait l'appeler luxation interne du pied par rotation en dedans ».

Dans le cas que j'ai observé, le pied était dirigé tout à fait transversalement, la pointe regardant en dedans et le talon en dehors. La face plantaire regardait en bas, la face externe en avant et la face interne en arrière. Le pied était un peu remonté derrière les os de la jambe, de telle façon que la face externe de l'astragale correspondait à la face postérieure du tibia. Il n'y avait pas de fracture des malléoles.

Le mécanisme très intéressant de cette luxation était facile à mettre en évidence, grâce aux renseignements très précis du malade sur son accident. Le procédé de réduction se déduit aisément du mécanisme de la luxation.

De la Métatarsalgie antérieure.

(*Province médicale*. — 1889).

J'ai décrit sous ce nom une affection douloureuse du pied à laquelle j'ai donné le nom de métatarsalgie.

L'observation qui sert de base à ce travail, est celle d'un homme de 29 ans qui, depuis l'âge de 15 ans, souffre dans le pied droit, et depuis l'âge de 26 ans souffre

également dans le pied gauche. La douleur siège très exactement dans l'espace qui sépare les têtes des troisième et quatrième métatarsiens. Cette douleur n'apparait jamais quand le pied est nu ou quand il est placé dans une chaussure très molle, telle qu'un chausson. Il faut, pour que la douleur se produise, que le pied soit dans dans une chaussure plus rigide, telle qu'une bottine ou un soulier. Le plus souvent c'est pendant la marche que débute la sensation douloureuse. La douleur apparait brusquement. Au moment où elle se montre, le malade ressent quelquefois une sensation de craquement. La douleur devient rapidement d'une extrême acuité et peut être comparée à une violente névralgie. La marche devient alors tout-à-fait impossible. Il n'existe aucune difformité apparente du pied.

Pour soulager la douleur, le malade doit quitter sa chaussure et serrer transversalement l'avant-pied, en même temps que, par une pression faite de bas en haut, il refoule légèrement du côté du dos du pied les têtes des troisième et quatrième métatarsiens. Au moment où cette manœuvre est exécutée, il se produit dans la partie serrée un craquement ou plutôt un frottement rude. A partir de ce moment, la douleur diminue rapidement. Elle a complètement disparu au bout de quelques minutes.

J'ai cherché à expliquer cette affection et je suis arrivé à admettre qu'il s'agit d'un relâchement ligamenteux permettant une subluxation en bas de la tête du troisième métatarsien. Le métatarsien subluxé produirait la douleur en comprimant un des nerfs collatéraux plantaires qui passent entre les têtes des métatarsiens.

J'ai essayé de rapprocher cette affection d'une difformité douloureuse que M. Daniel Mollière a décrite sous le nom de pied-bot transversal antérieur.

Depuis la publication de ce travail, j'ai pu observer plusieurs malades atteints de la même affection.

Observation d'ostéite tuberculeuse primitive de la rotule.

(Thèse de François, Lyon. — 1888).

Observation de goître constricteur coïncidant avec un cancer œsophagien. — Hypothèse d'une congestion thyroïdienne liée à l'évolution du cancer de l'œsophage.

(Province médicale. — 23 mars 1889).

Enterectomie et enterorraphie.

(*Lyon médical*, — 1er mars 1891, p. 307).

C'est l'observation d'un malade sur lequel je pratiquai avec succès la résection de 40 centimètres d'intestin, dans un cas de hernie avec gangrène.

Une suture un peu spéciale fut employée dans ce cas.

Cette observation est suivie de réflexions sur les indications de l'entérectomie et de l'entéroraphie dans les cas de gangrène intestinale.

Tumeurs de la vessie chez les enfants.

(*Thèse du Dr Dellac.* — Lyon 1891).

Ayant observé un cas de tumeur de la vessie chez un petit garçon, dans le service du docteur Levrat, que je suppléais, et constatant qu'il n'existait sur ce sujet aucun travail d'ensemble, je proposai au docteur Dellac, de faire de ce chapitre de pathologie, le sujet de sa thèse inaugurale. M. Levrat, qui opéra le malade, possédait déjà une observation semblable.

Les points mis en lumière dans cette thèse sont les suivants :

1° Les tumeurs de la vessie, chez les enfants, s'observent entre un an et huit ans; au delà de cet âge, jusqu'à la puberté, on n'en observe pas;

2° Le sexe n'a pas d'importance au point de vue étiologique;

3° Ces tumeurs prennent naissance dans le tissu sous-muqueux et sont de type conjonctif. Une seule observation représente une tumeur musculaire. Il n'existe pas de tumeurs épithéliales;

4° Ces tumeurs siègent sur le bas-fond vésical. Elles se présentent sous la forme de choux-fleurs ou de polypes;

5° La couche musculaire ne se laisse pas envahir. L'épithélium ne réagit que très peu; les ulcérations et par conséquent les hémorragies ne se montrent que tardivement et sous l'influence de causes irritatives et adventices;

6° Les végétations polypeuses s'engagent fréquemment dans l'urètre, surtout chez les petites filles; les uretères sont simplement comprimés;

7° L'hématurie est le premier et le principal symptôme des tumeurs de la vessie

chez l'adulte; elle manque habituellement chez l'enfant, ou n'apparaît que d'une manière tardive;

8° Les troubles de la miction ont une importance toute particulière et sont presque toujours le symptôme initial des tumeurs vésicales de l'enfance;

9° Chez les petits garçons, le premier symptôme consiste dans des accidents de rétention. On éliminera l'hypothèse d'un calcul en pratiquant le cathétérisme avec un explorateur métallique. Le toucher rectal combiné, au palper abdominal donne, chez l'enfant, des renseignements encore plus précis que chez l'adulte;

10° Chez les petites filles, le phénomène capital est l'engagement dans l'urètre, d'un lobule du néoplasme qui vient faire saillie au niveau du méat On peut observer de la rétention urinaire, mais le plus souvent de l'incontinence;

11° Le pronostic est de la plus haute gravité; la récidive locale est la règle à la suite des opérations. Les malades succombent le plus souvent à des complications d'origine rénale;

12° L'arrachement des masses polypeuses étant toujours suivi de récidive, il serait désirable de faire un diagnostic très précoce permettant une intervention plus radicale.

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET EXPÉRIMENTATION

Altérations des cartilages articulaires dans les membres œdématiés.

— Ces recherches ont été consignées dans l'article Veine, écrit dans le dictionnaire de Jaccoud, par mon maître le docteur Vinay.

Luneau avait déjà signalé ces lésions dans une communication faite à la Société anatomique.

J'ai pu les vérifier dans quarante cas.

Elles consistent en une altération velvétique localisée, altération qui peut aboutir ultérieurement à une véritable ulcération.

Elles siègent de préférence sur la rotule et quelquefois sur le fémur ou le tibia.

Elles peuvent s'observer quelle que soit la cause de l'œdème. (Mal de Bright, maladie de cœur, cachexie ou thrombose.).

Elles apparaissent peu de temps après l'établissement de l'œdème.

Histologiquement elles sont constituées par une prolifération des capsules cartilagineuses. En même temps, on observe une désintégration de la substance fondamentale qui devient fibrillaire, puis granuleuses et qui, à un stade plus avancé, se détruit.

Observations sur les fongosités tuberculeuses.

Pendant que j'étais l'interne de M. Ollier, j'ai étudié histologiquement un grand nombre de fongosités. J'ai pu observer quelques points nouveaux qui sont consignés dans la thèse d'agrégation du docteur Chandelux (1883).

Le premier est le suivant : Si on étudie les fongosités d'un trajet fistuleux, on voit que les follicules tuberculeux sont d'autant moins nombreux qu'on se rapproche

de la peau, et les bourgeons exubérants qui se développent autour de l'orifice du trajet ne contiennent le plus souvent aucun tubercule. La conclusion de ce fait, c'est que l'examen des fongosités développées au niveau des orifices des trajets ne peut pas éclairer le chirurgien sur la quantité des tubercules contenus dans les fongosités profondes.

Le second point se rapporte également aux fongosités des orifices fistuleux. Dans le tissu embryonnaire ou muqueux de ces fongosités, l'épithelium envoie des prolongements assez profonds qui sont quelquefois anastomosés. Ces prolongements épidermiques peuvent arriver à ressembler à un épithelioma et peuvent simuler un néoplasme à l'examen histologique, alors qu'il ne s'agit que d'une production irritative de l'épiderme.

Note relative à l'étiologie des déviations de croissance de la colonne vertébrale.

(*Lyon médical.* — 19 juillet 1885).

J'ai essayé de montrer que certaines déviations de croissance étaient dues à du rachitisme tardif. Ce travail est basé sur quatre autopsies.

Les altérations consistent : 1° en une irrégularité du cartilage qui revêt les faces supérieure et inférieure des vertèbres ; 2° en des taches irrégulières d'un tissu spongoïde rougeâtre, contenu dans le tissu spongieux des vertèbres, et contenant dans leur intérieur de petits grains cartilagineux ; 3° en des masses de cartilage hyalin dans le corps même des vertèbres ; 4° en des masse de cartilage crétifié.

Ces lésions s'observent sur quelques vertèbres seulement.

L'architecture ordinairement si régulière des fibres verticales et horizontales des vertèbres et modifié sur plusieurs points.

Sur un des sujets, existait un léger degré de genu valgum et dans le fémur nous avons trouvé les lésions rachitiques que Mikulicz a décrites. Ces lésions du genu valgum sont à peu prés identiques à celles que nous avons trouvées dans quelques vertèbres.

Les colonnes scoliotiques appartenant à des sujets de plus de vingt ans ne présentent plus les lésions susindiquées. Il est donc nécessaire de faire des autopsies peu de temps après l'établissement de la déviation.

J'ai pu dans ces dernières années faire une observation qui confirme l'hypothèse que j'avais émise sur la nature rachitique des lésions que je viens de décrire. J'ai vu que, sur des os de rachitiques guéris, il persistait dans les épiphyses de petits grains cartilagineux, visibles à l'œil nu et tout à fait semblables à ceux que j'avais trouvés dans la colonne vertébrale.

Je ferai remarquer en terminant, que je n'ai nullement l'intention de prétendre

que toutes les déviations de croissance sont dues à des lésions rachitiques, je dis simplement que ces lésions existent dans certains cas.

Du tubercule anatomique.

(*Province médicale*. — 1887).

Cette étude est basée sur l'examen histologique de quatre tubercules anatomiques. J'ai donné une description détaillée des lésions observées. Contrairement à l'opinion généralement reçue et soutenue par la majorité des dermatologistes, je pense que l'affection en question n'est pas de nature tuberculeuse. Dans les nombreuses coupes que j'ai faites, je n'ai pu, en effet, trouver ni un follicule tuberculeux ni un bacille de Koch.

Je ne conteste point l'opinion des observateurs qui ont constaté la nature tuberculeuse des tubercules anatomiques qu'ils ont examinés. Je conclue seulement que, sous une même forme clinique, évoluent des affections différentes au point de vue anatomo-pathologique.

M. Barthélemy a soutenu au Congrès pour l'étude de la tuberculose, une opinion éclectique absolument identique à celle que j'avais formulée.

Fractures par enfoncement des deux têtes humérales, dues à des convulsions chez une éclamptique.

(*Revue de chirurgie*. — 1888).

Expériences sur les inhalations de chlorure d'éthylène.

(*Lyon médical*. — 14 septembre 1890, p. 47).

Les conclusions de mes expériences, faites dans le laboratoire du professeur Dubois, sont les suivantes :

On sait qu'à la suite des inhalations de chlorure d'éthylène, la cornée du chien devient opaque.

Or, le chien paraît être le seul animal qui réagisse de cette manière.

Le lapin, le chat, le rat, soumis aux mêmes inhalations, ne présentent pas ce phénomène.

A la naissance, les jeunes chiens présentent une opacité cornéenne analogue à celle que l'on produit expérimentalement. Les animaux réfractaires n'ont pas cette disposition congénitale.

Le chien a en même temps des désordres intestinaux, il prend de la diarrhée qui peut devenir sanguinolente. Le chat, chez lequel on ne produit pas d'opacité de la cornée, n'a pas de diarrhée; il n'éprouve aucun malaise.

Le chien réagit différemment suivant son âge.

Chez l'animal trés jeune présentant encore l'opacité de la cornée, les inhalations de chlorure d'éthylène n'augmentent pas cette opacité congénitale.

Chez l'animal âgé de quelques semaines et dont les yeux sont clairs, les inhalations ne produisent rien.

Chez l'animal âgé de quelques mois, trois mois, par exemple, on produit expérimentalement l'opacité cornéenne, et celle-ci disparaît au bout de quelques jours ou de quelques semaines.

Chez l'animal plus âgé, l'opacité expérimentale peut durer un an ou un an et demi sans diminution.

Peut-être les conditions que nous venons de préciser rendent-elles compte des divergences d'opinion des expérimentateurs. C'est ainsi que M. Dubois avait dit que l'opacité était persistante, tandis que M. Panas avait signalé une opacité passagère.

Quelques jours après la production expérimentale de l'opacité cornéenne, j'ai soumis le même animal à une nouvelle inhalation de chlorure d'éthyléne. Dans ces conditions, M. Dubois a vu disparaître l'opacité dans les cas où celle-ci était bien accusée. Je n'ai jamais constaté cet éclaircissement; mais lorsque l'opacité était en voie de disparition, de nouvelles inhalations ne l'ont pas reproduite.

Enfin, le chlorure arrête la croissance et produit sur le squelette des déformations rappelant celles du rachitisme : un jeune chien de trois semaines, auquel on a fait subir trois inhalations en quelques jours, pèse au bout de cinq mois 2 kil. 400, tandis qu'un autre chien de la même portée, conservé comme témoin, pèse 3 kil. 800.

Peut-être le chlorure d'éthyléne agit-il sur le cartilage de conjugaison comme sur la cornée; l'un et l'autre de ces tissus ne possèdent pas de vaisseaux.

Un autre chien, après une inhalation de chlorure d'éthyléne a présenté une paralysie des quatre membres, des troubles trophiques et a succombé le troisième jour.

III

OBSTÉTRIQUE

De la symphyseotomie.

(*Dictionnaire de Dechambre*. Article *pubiotomie* par le professeur Bouchacourt).

En 1889, j'ai fait, sous la direction du professeur Bouchacourt, quelques expériences cadavériques dans le but d'évaluer l'augmentation des divers diamètres du bassin correspondant à l'écartement des pubis après la symphyseotomie. Nos observations ont porté sur les diamètres du détroit supérieur ; elles ont montré, en outre, l'agrandissement des diamètres de l'excavation et du détroit inférieur ; les dernières constatations montrent que l'opération doit fournir des résultats avantageux lorsque les diamètres transverses de l'excavation ou du détroit inférieur sont rétrécis, c'est-à-dire dans les bassins annelés dans lesquels l'accouchement est particulièrement difficile.

Au point de vue de la médecine opératoire, j'étais arrivé à conclure que pour obtenir un écartement notable des pubis, il était bon, après avoir sectionné la symphyse, de libérer dans une certaine étendue les extrémités articulaires des pubis des muscles droits et pyramidaux de l'abdomen, ainsi que des aponévroses qui viennent se fixer dans les régions pelviennes antéro-latérales. Ces considérations, qui paraissent fondées à l'amphithéâtre, ont moins d'importance lorsqu'on opère sur une parturiente, car la laxité des tissus permet alors un écartement suffisant après la section de la symphyse.

Du mécanisme de l'accouchement dans les présentations du front.

(In *Annales de gynécologie et d'obstétrique*. — 1892).

Ce travail n'est point une simple étude critique, mais renferme quelques considérations nouvelles sur le mécanisme des accouchements par le front.

Mangiagalli pour expliquer le mécanisme de l'accouchement dans les présentations frontales avait représenté la tête fœtale par nn triangle occipito-fronto-mentonnier et admettait que ce triangle pénétrait dans l'excavation en engageant obliquement le diamètre occipito-mentonnier et en faisant descendre l'extrémité mentonnière de ce diamètre avant son extrémité occipitale. La plupart des auteurs qui se sont occupés de la question ont admis le même mode d'engagement et de descente. Nous avions été frappé depuis longtemps de ce fait que, avec un semblable engagement, le dégagement classique était impossible à moins d'admettre une bascule du diamètre occipito-mentonnier dans l'excavation. Nous avions constaté l'insuffisance des explications fourniee à ce sujet. Nous avions vu, en outre, que si l'engagement se faisait comme le voulait Mangiagalli, on aurait affaire à une présentation de la face et non à une présentation du front.

Il fallait donc chercher un autre mécanisme d'engagement plus en rapport avec les faits cliniques et avec les nécessités mécaniques.

Nous avons été ainsi conduit à admettre une autre attitude à la tête qui se présente et s'engage en front.

Nous croyons que le diamètre occipito-mentonnier s'engage obliquement dans l'excavation, mais de telle façon que l'extrémité occipitale du diamètre occipito-mentonnier pénétre avant le menton.

Cette attitude de la tête rend compte des parties accessibles au doigt dans les présentations du front. En outre, dans cette position, le dégagement peut s'effectuer sans que le diamètre occipito-mentonnier ait à basouler dans l'excavation.

Les présentations du front se rapprochent ainsi davantage des présentations du sommet que de celles de la face. Qu'est-ce qui les sépare alors des présentations du sommet ? La différence est constituée par la position du diamètre occipito-frontal maximum dans l'une et dans l'autre présentation. Dans la présentation du front, le diamétre occipito-frontal pénètre obliquement dans le bassin en engageant son extrémité frontale la première, tandis que, dans les présentations du sommet, c'est son extrémité occipitale qui descend tout d'abord.

Au début du travail, ce diamètre occipito-frontal peut à la rigueur basculer dans l'excavation et l'on pourrait observer des transformations de front en sommet; mais à mesure que la descente s'effectue, la tête subit des déformatione telles que le diamètre occipito-mentonnier se trouve diminué et que le diamètre occipito-frontal est au contraire augmentè, ce dernier acquiert une dimension de 13 centimètres au moins, il ne peut plus alors basculer dans l'excavation; il empèche alors d'une manière absolue la transformation d'une présentation du front en présentation du sommet.

Dans le second chapitre de ce travail, nous avons étudié les phénoménes plastiques qui arrivent dans les accouchements par le front à déformer la tête d'une manière si particuliére. Nous avons essayé de démontrer, en analysant le mécanisme des déformations, que le modelage de la tête s'expliquait très bien en admettant l'attitude d'engagement que nous avons admise.

Le troisième chapitre comprend l'étude d'une variété particulière de présentation du front. Nous avons pu voir, par l'analyse de quelques observations, que l'ouverture de la bouche du fœtus pouvait se produire au moment de l'engagement. Nous avons constaté également que ce phénomène s'observait souvent dans les tentatives expérimentales d'accouchement par le front. Cette ouverture de la bouche modifie notablement les conditions mécaniques d'engagement et de descente; la tête est plus défléchie; le front occupe le centre de l'excavation; les diamètres qui s'engagent sont plus petits, l'accouchement se fait en somme plus facilement que lorsque la bouche reste fermée.

22361 Paris. — Typogr. et Lithogr. A. MAULDE et Cie, rue de Rivoli, 144